

Al Servizio.....  
Azienda sanitaria locale di.....

Io sottoscritto..... nato a .....  
il ....., essendo entrato in stretto contatto con persona risultata  
positiva al covid ((1)....., il giorno .....)  
ed essendo quindi posto in (2).....  
per COVID-19 presso la mia abitazione in via .....  
n. .... Comune di..... chiedo il certificato previsto  
dall'art. 3 comma 2 lettera b) del decreto legge n. 103/2020 rilasciato dal funzionario  
medico, designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, attestante  
l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o  
isolamento fiduciario per COVID-19.

Quanto sopra ai fini dell'espletamento dell'esercizio domiciliare del voto per gli elettori  
sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario  
per COVID-19 limitatamente alle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020 ( art.  
3 comma del decreto legge n. 103/2020)

Luogo e data .....

In fede.....

(1) indicare eventualmente la persona positiva con cui si è entrati in contatto se già censita dal servizio sanitario

(2) indicare una delle seguenti condizioni: trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario